

GRZEGORZ GLANOWSKI

Umowny limit świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych a bezpodstawne wzbogacenie pacjenta

Świadczenia opieki zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych, udzielane są na podstawie umowy zawartej między świadczeniodawcą a wojewódzkim oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia, reprezentowanym przez jego dyrektora. Zgodnie z art. 136 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹, przedmiotowa umowa określa w szczególności rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. W praktyce sprowadza się to do wskazania, jaki rodzaj usług i w jakiej ilości (u danego świadczeniodawcy) znajduje pokrycie finansowe w środkach NFZ. Świadczeniodawca zobowiązuje się zatem do udzielania świadczeniorcom zakontraktowanych usług zdrowotnych, z kolei Fundusz jest zobowiązany do ich sfinansowania. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że „charakter świadczenia dłużnika-swiadczeniodawcy ma charakter świadczenia ciągłego polegającego na określonych stałym zachowaniu się dłużnika przez czas trwania stosunku prawnego, którego elementem jest to świadczenie”². Z powyższego wynika, że NFZ jest zobowiązany do sfinansowania jedynie takiej liczby świadczeń, jaka mieści się w limicie określonym umową. Aby zachować trafność powyższej tezy, należy ją uzupełnić wskazaniem, że czynność prawna wywołuje nie tylko skutki w niej wyrażone, lecz również te, które wynikają z ustawy, zasad współżycia społecznego i z ustalonych zwyczajów. Mając na względzie postanowienia art. 56 Kodeksu cywilnego (dalej: k.c.), należy całe zagadnienie odnieść do bezwzględnych obowiązków, ciężących z mocy ustaw na lekarzach i podmiotach leczniczych. Art. 30 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry³ i art. 15 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej⁴ statuują obowiązek natych-

1 Dz.U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027.

2 A. Pietraszewska-Macheta, *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 838.

3 Dz.U. z 2011 r. nr 277, poz. 1634.

4 Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654.

miastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta. Obecna linia orzecznicza polskich sądów⁵ wskazuje na obowiązek sfinansowania przez NFZ świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentowi znajdującemu się w stanie wymagającym natychmiastowej pomocy, w sytuacji, kiedy zakontraktowany limit został w danym okresie rozliczeniowym wykorzystany. Oznacza to, że świadczeniodawca może domagać się stosownej zapłaty za świadczenie wykonane ponad umowny limit, kiedy wypełni wymogi rozrachunkowe przewidziane w takiej sytuacji.

Sprawa komplikuje się w momencie, gdy okaże się, że stan pacjenta nie uzasadniał udzielania mu natychmiastowej pomocy, co *de facto* i *de iure* uniemożliwia otrzymanie zapłaty z NFZ za udzielenie świadczenia ponad limit. Obiektywne stwierdzenie, że stan pacjenta wymagał udzielenia natychmiastowej pomocy, może być dokonane dopiero po jej udzieleniu. Omawiany problem rodzi się w momencie, gdy pacjent deklaruje objawy, które wg specjalistycznej wiedzy medycznej kwalifikują go do udzielenia mu natychmiastowej pomocy. W tym miejscu należy rozróżnić dwie postawy świadczeniobiorcy. Pierwsza z nich polega na intencjonalnym zmierzaniu do uzyskania usługi płatnej przez NFZ, przez co chce on uniknąć pokrycia kosztów porady medycznej z własnych środków. Druga to przejaw subiektywnych odczuć, wynik złego samopoczucia, którego źródła pacjent nie jest w stanie zdefiniować z powodu braku stosownej wiedzy medycznej. Obydwie postawy aktualizują bezwzględny obowiązek świadczeniodawcy do udzielenia mu pomocy, co oceniane *ex post* jest nieuzasadnione. Świadczeniodawca, nie chcąc się narazić na potencjalną odpowiedzialność karną z art. 162 Kodeksu karnego (dalej k.k.), świadczy usługę, która w efekcie okazuje się nieuzasadniona, co jednak nie było możliwe do stwierdzenia przed przystąpieniem do jej udzielania.

W przedmiotowej sytuacji pacjent otrzymuje usługę, której nie finansuje ze swoich środków, pomimo faktu, że powinien był to uczynić⁶. Powstaje pytanie, czy w takich okolicznościach stanowi to jego wzbogacenie o wartość udzielonego świadczenia, co poniżej zostanie poddane cywilnoprawnej analizie.

Bezpodstawne wzbogacenie czy nienależne świadczenie

Kodeks cywilny reguluje obydwie instytucje odpowiednio w art. 405 k.c. i 410 k.c. W doktrynie podkreśla się, że:

obecna regulacja bezpodstawnego wzbogacenia nie wywołuje żadnych wątpliwości co do odpowiedzi na pytanie o odrębny byt instytucji nienależnego świadczenia.

⁵ Wyrok III CK 365/03.

⁶ Lub zapisać się na pierwszy wolny termin w kolejnym okresie rozliczeniowym, kiedy usługa zostanie mu udzielona w ramach kontraktu z Funduszem.

Powszechnie przyjmuje się, że nienależne świadczenie jest tylko szczególnym przypadkiem bezpodstawnego wzbogacenia⁷.

Akceptując powyższe założenie, należy podkreślić, że omawiane instytucje wykazywać muszą cechy wspólne i odmienne.

Do elementów wspólnych należy zaliczyć wzbogacenie majątku jednej osoby przy jednoczesnym zubożeniu majątku drugiej osoby (dokładniej: jego kosztem) oraz fakt pozostawania tych zdarzeń w związku ze sobą. Ponadto, art. 410 § 1 stanowi, że: „Przepisy artykułów poprzedzających stosuje się w szczególności do świadczenia nienależnego”, z czego można wnosić, iż założenia instytucjonalne i wykładnicze dotyczące bezpodstawnego wzbogacenia zachowują swoją aktualność względem nienależnego świadczenia, jeżeli przepisy je regulujące nie stanowią odmiennie.

Odmienność instytucji sprowadzać się będzie do rozróżnienia terminu braku podstawy prawnej wzbogacenia od pojęcia podstawy prawnej i celu samego świadczenia⁸.

Uzyskanie wzbogacenia

Zgodnie z brzmieniem k.c., wzbogacenie ma polegać na uzyskaniu korzyści majątkowej. Konieczne jest wyjaśnienie, co można rozumieć pod tym pojęciem. W orzecznictwie ugruntowany jest pogląd, iż: „wzbogacenie może [...] przybrać formę zarówno nabycia rzeczy lub praw, jak i korzystania z cudzych usług; polega ono nie tylko na zwiększeniu aktywów wzbogaconego, lecz także na zmniejszeniu jego pasywów”⁹. Taki pogląd podziela również doktryna, wskazując, że wzbogacenie można ogólnie określić jako polepszenie sytuacji majątkowej określonego podmiotu¹⁰. W prezentowanym zagadnieniu świadczeniobiorca zostaje wzbogacony w sposób pośredni¹¹, czyli oszczędza wydatek, który normalnie musiałby ponieść. Pacjent korzysta z usług medycznych pomimo niewystępowania okoliczności uzasadniających ich nieodpłatność, co oznacza jego wzbogacenie o wartość udzielonych usług. Z drugiej strony, świadczeniodawca zostaje zubożony o wartość porady, za którą zapłaty nie jest w stanie dochodzić od NFZ, z uwagi na niemożność dopełnienia przesłanek procedury rozliczeniowej za tego typu świadczenia. Elementem wykluczającym zapłatę jest stan zdrowia pacjenta, który dopiero po przeprowadzonych badaniach zostaje dokładnie zweryfikowany jako niezagrażający jego życiu lub zdrowiu. Majątek świadczeniodawcy nie zostaje powiększony o należne mu wynagrodzenie. Wymaga podkreślenia, że dla zubożenia „nie jest wymagane, aby nastą-

7 E. Gniewek, *Kodeks cywilny. Komentarz*, Warszawa 2008, s. 675.

8 *Ibidem*, s. 676.

9 Wyrok IV CSK 221/06.

10 E. Gniewek, *op.cit.*, s. 663.

11 G. Bieniek *et al.*, *Komentarz do Kodeksu cywilnego*, Warszawa 2008, s. 254.

piło przejście korzyści z majątku zubożonego do majątku wzbogaconego [...], bowiem zubożenie może być związane także z tym, iż majątek nie uległ powiększeniu”¹².

Kontynuując wykładnię pojęcia wzbogacenia, należy wskazać na jego majątkowy charakter, co oznacza kwantyfikowalność jego przedmiotu, który da się obliczyć za pomocą pieniędzy. Usługa medyczna posiada określoną cenę, co w przypadku jej nieodpłatnego uzyskania przekłada się na wartość wzbogacenia. Problematyka wyceny usługi medycznej zostanie zaprezentowana w kolejnych rozdziałach niniejszego opracowania.

Źródło wzbogacenia i zubożenia

Związek zachodzący między wzbogaceniem a zubożeniem należy rozumieć „jako zależność tego rodzaju, że są to niejako dwie strony tego samego zjawiska”¹³. W prezentowanym zagadnieniu przedmiotowo istotna jest sytuacja faktyczna, w której występują świadczeniodawca oraz świadczeniobiorca. Aktywność świadczeniodawcy jest motywowana deklaracjami świadczeniobiorcy co do jego stanu zdrowia, a – precyzując – przedstawianymi objawami choroby. Świadczeniobiorca intencjonalnie wywołuje rozbieżność między rzeczywistością a jej odzwierciedleniem w świadomości świadczeniodawcy, bądź – jak w drugim opisanym na wstępie zachowaniu – kierując się naturalną troską o własne dobro, przedstawia odczuwalne objawy, które jego zdaniem uzasadniają konieczność udzielenia mu pomocy. Wynikiem obydwu zachowań jest otrzymanie świadczenia zdrowotnego. Jednakże dopiero *ex post* okazuje się, iż stan zdrowia pacjenta nie wymagał podjęcia natychmiastowej interwencji. W efekcie okazuje się, że świadczeniodawca leczył bezpłatnie, wobec braku możliwości dochodzenia zapłaty od NFZ, co powoduje uszczuplenie jego majątku. W tej samej chwili świadczeniobiorca jest wzbogacony o wartość usługi, której ciężar (koszt) przerzucił *de facto* na świadczeniodawcę. Wspólne źródło wzbogacenia i zubożenia stanowi zatem udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Brak podstawy prawnej

Stwierdzenie istnienia podstawy prawnej lub jej braku w prezentowanym zagadnieniu przesądza zastosowanie instytucji bezpodstawnego wzbogacenia lub nienależnego świadczenia. Różnica terminologiczna wskazywana na początku opracowania odgrywa w tym miejscu kluczową rolę.

Konieczną przesłanką zastosowania instytucji bezpodstawnego wzbogacenia jest jego nastąpienie bez podstawy prawnej. Druga instytucja posługuje się za to pojęciem „świadczenia”. W tym miejscu rozchodzą się ścieżki zastosowania każdej z nich. Na wstępie można posłużyć się dość ogólnym stwierdzeniem, że, podczas gdy bezpodstawne wzo-

12 E. Gniewek, *op.cit.*, s. 663.

13 W. Czachórski, *Zobowiązania. Zarys wykładu*. Warszawa 1976, s. 144.

gacenie odnosi się do korzyści uzyskanej bez podstawy prawnej, nienależne świadczenie zostaje spełnione celem zwolnienia się ze zobowiązania, które należy uznać za jego podstawę prawną.

W prezentowanym zagadnieniu należy rozstrzygnąć, czy świadczeniodawca, udzielając usługi medycznej, świadczy ją w ramach stosunku obligacyjnego, czy też nie można mówić o podstawie prawnej tego rodzaju z uwagi na jej pozorne wykreowanie przez świadczeniobiorcę.

Warunkiem przyjęcia drugiego poglądu jest stwierdzenie, że między lekarzem (lub podmiotem leczniczym) a pacjentem w prezentowanej sytuacji nie występuje więź obligacyjna. Jest to wymóg stawiany zarówno przez doktrynę, jak i orzecznictwo, które wskazuje, że „korzyść, której dotyczy art. 405 k.c., musi być uzyskana bez podstawy prawnej jakiegokolwiek rodzaju. Jest tak wówczas, gdy u jej podstaw nie leży ani czynność prawna, ani przepis ustawy, ani orzeczenie sądu lub decyzja administracyjna”¹⁴.

Chory swoimi deklaracjami wywołuje u drugiej strony przekonanie, że wymaga on natychmiastowej pomocy, w postaci udzielenia świadczenia zdrowotnego. W zaistniałej sytuacji zakres wiedzy każdego z jej uczestników, co do istotnych elementów aktualizujących obowiązek lekarza do działania, różni się w znaczny sposób. Pacjent ma pełną świadomość, że bez zgłoszenia odpowiednich objawów choroby, lekarz nie będzie zobowiązany do świadczenia usługi w trybie natychmiastowym, dlatego też wprowadza go w błąd, co u drugiej strony rodzi przekonanie, iż zachodzi potrzeba świadczenia. W innym przypadku subiektywne przekonanie pacjenta o złym stanie zdrowia może być wywołane czynnikami natury zewnętrznej, co w deklarowanych objawach może być podobne do objawów chorobowych. W tym miejscu należy udzielić odpowiedzi na pytanie, czy punkt widzenia jest decydujący dla określenia, że podjęte zachowanie ma charakter świadczenia. Sąd Najwyższy stoi na stanowisku, iż „przy ocenie, czy miało miejsce świadczenie w ramach danego stosunku, rozstrzygające znaczenie powinien mieć punkt widzenia wierzyciela z tego stosunku: czy może on na podstawie rozpoznawalnych okoliczności uważać dane działanie za świadczenie”¹⁵.

Przy zaakceptowaniu poglądu Sądu Najwyższego, oczywisty staje się wniosek o niedopuszczalności zastosowania w prezentowanym zagadnieniu instytucji bezpodstawnego wzbogacenia, z uwagi na istnienie w świadomości lekarza podstawy prawnej świadczenia.

Z uwagi na powyższe, w prezentowanym zagadnieniu dochodzi do spełnienia świadczenia, które dla jego odbiorcy jest nienależne ze względu na nieistnienie zobowiązania. Jego źródłem byłby przepis ustawy, konstruujący bezwzględny obowiązek pomocy. Wymaga podkreślenia, iż podstawowym założeniem polskiego systemu opieki zdrowotnej jest określenie warunków i zakresu udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze

14 Wyrok III CKN 18/98.

15 Wyrok III CKN 162/97.

środków publicznych. Obowiązek ten wynika z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP. Oznacza to, że pacjent posiada dostęp do systemu opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie, wydanych do niej aktach wykonawczych i umowach łączących świadczeniodawców z NFZ. Katalog ten określa całość sytuacji, kiedy Fundusz zobowiązany jest do sfinansowania usługi medycznej. *A contrario* pacjent nie może otrzymać świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych w warunkach lub zakresie przekraczającym prawne ramy ich udzielania. Świadczenie udzielone poza zdefiniowanym prawnie zakresem czyni go nienależnym, z uwagi na brak podstawy prawnej obligującej lekarza do jego wykonania, a Fundusz – do jego sfinansowania¹⁶.

Należy zgodzić się z Wiktorem Serdą, że „Przesłankami powstania *conditio indebiti* [...] są dokonanie świadczenia, niestnienie zobowiązania w chwili dokonania świadczenia i błędne mniemanie świadczącego o istnieniu zobowiązania”¹⁷.

Spełnienie pierwszej przesłanki wymaga doprecyzowania pojęcia świadczenia. Najprościej można je zdefiniować jako zachowanie dłużnika zgodne z treścią zobowiązania i czyniące zadość interesom wierzyciela¹⁸. Definicja ta, choć pozostaje w zgodzie z treścią art. 353 k.c.¹⁹, może wydawać się już zbyt wąska w stosunku do pojęcia świadczenia nienależnego. Tak rozumiane świadczenie stanowi element stosunku obligacyjnego, który rzeczywiście istnieje. Na gruncie świadczenia nienależnego niewątpliwie konieczne jest szerokie rozumienie pojęcia świadczenia, stanowiącego element nie tylko istniejącego zobowiązania, ale także zobowiązania mającego powstać w przyszłości, a przede wszystkim zobowiązania, które nie istnieje. W prezentowanym problemie nie powinno budzić wątpliwości, że usługa medyczna będąca przedmiotem świadczenia jest udzielana m.in. celem wykonania zobowiązania. Oznacza to, iż działanie świadczeniodawcy mieści się w kategorii pojęciowej świadczenia.

Kolejna przesłanka *conditio indebiti* posiada charakter negatywny. Chodzi o brak istnienia zobowiązania²⁰. Za źródło obowiązku należy uznać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Należy mieć jednak na uwadze, że Fundusz jest zobowiązany do zapłaty za świadczenia udzielone w sytuacji zaistnienia bezwzględne obowiązku pomocy, co wynika z faktu, iż czynność prawna wywołuje skutki określone także w aktach rangi ustawowej, a ów obowiązek właśnie tam został skatalogowany. Ta teza znajduje pełne poparcie w orzecznictwie Sądu Najwyższego:

16 Nie wyklucza to możliwości skorzystania z prywatnej konsultacji medycznej.

17 W. Serda, *Nienależne świadczenie*. Warszawa 1988, s. 56.

18 Z. Radwański, *Zobowiązania. Część ogólna*. Warszawa 2008, s. 40.

19 Zobowiązanie polega na tym, że wierzyciel może żądać od dłużnika świadczenia, a dłużnik powinien świadczenia spełnić.

20 W literaturze przedmiotu wyróżnia się trzy sytuacje, w których dochodzi do spełniania drugiej przesłanki. Należą do nich przypadki, gdy: zobowiązany świadczy osobie, która nie jest jego wierzycielem, świadczący nie jest dłużnikiem, ale spełnia dług osoby trzeciej oraz gdy świadczący nie jest dłużnikiem a odbiorca świadczenia nie jest wierzycielem. W prezentowanym zagadnieniu ma miejsce ostatnia sytuacja.

określane w umowach ilościowe limity świadczeń zdrowotnych nie dotyczą przypadków, gdy zachodzi potrzeba natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Jeżeli bowiem zachodzi ustawowy obowiązek natychmiastowego udzielenia świadczeń, to nie mogą one być limitowane umową²¹.

oraz:

koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w warunkach przymusu ustawowego nałożonego na świadczeniodawców powinny być pokryte ze środków publicznych²².

W prezentowanym zagadnieniu stosunek obligacyjny między lekarzem (podmiotem leczniczym) a świadczeniobiorcą w ogóle nie ma miejsca. W opisywanej sytuacji mamy do czynienia z wyczerpaniem zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz niewymagającym natychmiastowej pomocy medycznej stanem pacjenta, który uzasadniałby ich udzielenie ponad umowny limit. Wymaga podkreślenia, że ocena bytu zobowiązania jest dokonywana na chwilę dokonania świadczenia.

O ile powyższe przesłanki spełnienia świadczenia wobec braku do tego zobowiązania konstytuują instytucję nienależnego świadczenia, o tyle ostatnia z nich, w postaci błędnego mniemania świadczącego o istnieniu zobowiązania, wpływa jedynie na ocenę możliwości dochodzenia jego zwrotu²³. Taki wniosek wypływa wprost z art. 411 pkt. 1, który wyłącza możliwość dochodzenia zwrotu nienależnego świadczenia w sytuacji wiedzy świadczącego o braku ciężącego na nim obowiązku do jego spełnienia. W omawianym przykładzie, świadczeniodawca bądź to został wprowadzony w błąd, co do istnienia okoliczności warunkujących natychmiastowe udzielenie pomocy pacjentowi (które to okoliczności konstytuowały jego obowiązek świadczenia), bądź niewłaściwie zdekodował zachodzącą sytuację. W obliczu powyższego powstaje jednak problem, czy całokształt okoliczności, w tym zwłaszcza posiadany przez świadczeniodawcę zakres informacji, w ogóle pozwalał na prawidłowe zdekodowanie sytuacji, jako nieaktualizującej jego obowiązku działania. Wydaje się, że niemożliwe jest stwierdzenie, w jakim stanie znajduje się chory, bez udzielania mu świadczenia zdrowotnego, co niemal w każdym²⁴ przypadku będzie rodziło konieczność weryfikacji poprzez udzielenie usługi.

21 Wyrok IV CK 189/02.

22 Wyrok III CK 365/03.

23 E. Gniewek, *op.cit.*, s. 676.

24 Należy pamiętać, że chodzi o każdy przypadek, który w odwołaniu do wiedzy medycznej, może rodzić wątpliwości co do zagrożenia zdrowia lub życia pacjenta. Nie wszystkie deklaracje chorych co do ich dolegliwości świadczą o sytuacji mogącej doprowadzić do zagrożenia życia i zdrowia w wypadku niepodjęcia odpowiednich działań ze strony świadczeniodawcy.

Dopuszczalność roszczenia o zwrot wzbogacenia od osoby trzeciej

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest cywilnoprawną umową nazwaną²⁵, dwustronnie zobowiązującą, w której każda ze stron jest jednocześnie wierzycielem i dłużnikiem²⁶. Na podstawie przedmiotowej umowy świadczeniodawca, jako dłużnik, zobowiązany jest do udzielania świadczeń zdrowotnych świadczeniobiorcom, za które, jako wierzycielowi, przysługuje mu stosowne wynagrodzenie. NFZ natomiast zobowiązuje się, jako dłużnik, do zapłaty za udzielone świadczenia, posiadając wierzytelność, której treścią jest żądanie ich wykonania²⁷. Z omówionej konstrukcji zobowiązaniowej wynika jednoznacznie, że mamy do czynienia z umową o świadczenie usług na rzecz osoby trzeciej, opisaną w art. 393 § 1 k.c.²⁸

Problem świadczeń w trójkącie jest bardzo złożony i wymaga szczegółowej analizy, która jednak nie została dokonana w wyczerpujący sposób na gruncie polskiej doktryny, a tym bardziej orzecznictwa²⁹. Dlatego też za niezwykle wartościowe w omawianym zakresie należy uznać analizy W. Serdy, który dopuszcza kondykcję ze stosunku wykonania, jeżeli „umowa na rzecz osoby trzeciej zostaje zawarta wyłącznie w interesie trzeciego tak, że spełnienie świadczenia do rąk wierzyciela nie jest możliwe bez zmiany charakteru i treści umowy”³⁰. Analizując prezentowane zagadnienie, należy uznać, że NFZ jest jedynie inicjatorem stosunku prawnego. Regulacja tej instytucji umieszczona w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje dla niego zadania *stricte* organizatorskie. Należy podkreślić, że w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym, na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń. Oznacza to, że gospodarczym celem umowy NFZ ze świadczeniodawcą jest stworzenie warunków do korzystania przez świadczeniobiorców ze świadczeń opieki zdrowotnej, co zresztą znajduje swoje zakotwiczenie w Konstytucji RP. Umowa ta służy realizacji publicznoprawnego obowiązku zapewnienia uprawnionym opieki zdrowotnej. „Uzasadniony powód, *causa* świadczenia istnieje tylko między dłużnikiem [świadczeniodawcą] a osobą trzecią [świadczeniobiorcą] i wówczas należy go uznać za prawnie relewantny z punktu widzenia przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu”³¹. Z uwagi na powyższe, należy zaakceptować dopuszczalność żądania zwrotu wzbogacenia od świadczeniobiorcy, w sytuacji udzielenia go w sposób jemu nienależny.

25 Wyrok III CK 134/04.

26 T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007, s. 27 i n. 27 *Ibidem*.

28 Jeżeli w umowie zastrzeżono, że dłużnik spełni świadczenie na rzecz osoby trzeciej, osoba ta, w braku odmiennego postanowienia umowy, może żądać bezpośrednio od dłużnika spełnienia zastrzeżonego świadczenia.

29 E. Łętowska, *op. cit.*, s. 145-147.

30 W. Serda, *op. cit.*, s. 189-190.

31 *Ibidem*, s. 190, podobnie W. Czachórski, *op. cit.*, s. 136.

Zwrot nienależnego świadczenia

Rozważania dotyczące zwrotu nienależnego świadczenia sprowadzają się do wskazania, kiedy i czego można się domagać od wzbogaconego.

W odniesieniu do pierwszej z wymienionych wyżej kwestii, Sąd Najwyższy stanął na stanowisku, że „roszczenie z tytułu nienależnego świadczenia, mającego taki charakter już w chwili spełnienia, staje się wymagalne od tej chwili”³². Na gruncie prezentowanego problemu taki pogląd zyskuje absolutną aprobatę. Świadczeniodawca, po udzieleniu świadczenia opieki zdrowotnej, które składa się przeważnie nie tylko z samych konsultacji, ale również badań z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, jest w stanie natychmiast po jego wykonaniu stwierdzić, czy stan zdrowia pacjenta wymagał udzielonej usługi. Biorąc powyższe pod uwagę, należy uznać, że także od chwili dokonania świadczenia nienależnego, biegnie termin przedawnienia roszczenia o jego zwrot³³. Od momentu udzielenia świadczenia zdrowotnego możliwe jest zatem domaganie się jego zwrotu, z tą chwilą rozpoczyna również bieg terminu jego przedawnienia.

W tym miejscu należy jeszcze omówić samą długość terminu przedawnienia. Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż „roszczenie o zwrot bezpodstawnego wzbogacenia, z którym występuje przedsiębiorca, podlega trzyletniemu przedawnieniu przewidzianemu w art. 118 k.c., jeżeli powstaje ono w związku z prowadzoną przez przedsiębiorcę działalnością gospodarczą”³⁴. Wydaje się, że ten pogląd należy zaaprobować na gruncie instytucji świadczenia nienależnego, pozostaje jedynie rozstrzygnąć, czy świadczeniodawca jest przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą. W świetle obecnej regulacji prawnej, na tak postawione pytanie należy udzielić odpowiedzi twierdzącej. Redakcja art. 16 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, wskazuje, że „prowadzenie działalności leczniczej jest działalnością regulowaną w rozumieniu Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej”. Z kolei działalność leczniczą wykonują m.in. przedsiębiorcy będący podmiotami leczniczymi, wykonujący działalność gospodarczą w przewidzianych do tego formach. Za przedsiębiorcę uznany jest także lekarz, który, choć nie prowadzi podmiotu leczniczego, wykonuje zawód w ramach działalności leczniczej w formach dopuszczalnych przez prawo, przez co korzysta ze statusu przedsiębiorcy. Na gruncie ustawowej regulacji przedsiębiorcą jest zarówno podmiot leczniczy, jak i lekarz wykonujący działalność leczniczą w przewidzianych do tego celu formach, co w odniesieniu do omawianego zagadnienia pozwala stwierdzić, że przedsiębiorcą jest sam świadczeniodawca.

W odniesieniu do drugiej z wyszczególnionych kwestii, nie ulega wątpliwości, że zwrot świadczenia ma nastąpić w pierwszej kolejności w naturze³⁵. Dopuszczalność

32 Wyrok V CKN 769/00.

33 G. Bieniek *et al.*, *op. cit.*, s. 260.

34 Wyrok V CK 24/02.

35 Wyrok IV CSK 401/09.

zwrotu jego wartości ma miejsce dopiero w przypadku, gdy zwrot *in natura* jest niemożliwy. Taki stan zaistnieje właśnie w prezentowanym problemie, z uwagi na charakter świadczenia, którym jest usługa. Dokonując zwrotu wartości świadczenia, napotyka się na problem określenia jego wartości oraz sprecyzowania momentu, w którym owa wyce-
na ma być dokonana. W doktrynie ugruntowany jest pogląd, iż w przypadku wzbogace-
nia, polegającego jedynie na zaoszczędzeniu wydatku, jego wartość należy ustalić według
ceny z chwili uzyskania³⁶. Wymaga omówienia sposób określenia wartości świadczonej
usługi. Przedmiotowe zagadnienie jest specyficzne z powodu dualizmu wyceny poszcze-
gólnych świadczeń zdrowotnych. Należy bowiem odróżnić wartość świadczenia udzielo-
nego w ramach prywatnej konsultacji od wartości tej samej usługi udzielonej w ramach
kontraktu z NFZ. Cena usługi w pierwszym przypadku będzie wyższa niż cena okre-
ślona przez Fundusz. Cena prywatnej konsultacji jest, oczywiście, różna w poszczegól-
nych placówkach, co związane jest ze standardem świadczonych usług oraz polityką
rynkową, właściwą dla każdego świadczeniodawcy. Nie ulega jednak wątpliwości, że jej
wysokość kształtowana jest przez sam rynek. Natomiast cena konsultacji, która odbywa
się na podstawie umowy zawartej z NFZ, jest przedmiotem negocjacji, które toczą się
w ramach procedury konkursowej (lub rokowań), w wyniku której zostaje zawarta umo-
wa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
Każda usługa świadczona przez lekarza specjalistę posiada określoną wartość punktową,
a z kolei każdy punkt podlega pieniężnej wycenie przez NFZ. W rezultacie schemat ten
pokazuje cenę jednostkową świadczenia. Jednym z głównych problemów kontraktowa-
nia świadczeń medycznych jest właśnie niedowartościowanie przez Fundusz poszcze-
gólnych świadczeń zdrowotnych, wskutek czego niekiedy wykonywane są one na granicy
rentowności. Obecna sytuacja na rynku zdrowia powoduje, że cena usługi udzielonej
w ramach kontraktu drastycznie odbiega od ceny tej samej usługi udzielonej w ramach
prywatnej porady. W związku z tym rozstrzygnięcia wymaga, zwrotu jakiej wartości nie-
należnie udzielonej usługi może domagać się świadczeniodawca.

W doktrynie podkreśla się konieczność zastosowania obiektywnego miernika,
w postaci wartości rynkowej³⁷. Zabieg ten co do zasady należy uznać za słuszny, jed-
nak na gruncie prezentowanego zagadnienia, jak się wydaje, nie pozwala rozstrzygnąć
jednoznacznie problemu. Jak już wskazano wcześniej, cena tych samych usług zostaje
zróżnicowana, co jest wynikiem tego, że o jej wysokości decyduje wiele czynników,
które w różnym stopniu występują (lub nie) w poszczególnych placówkach. Można
z tego wysnuć wniosek, że kształtowana w ten sposób wartość przybrałaby postać tzw.
wartości widełkowej, swoistego przedziału cenowego, w którym udzielane są odpo-
wiednie usługi. Taki stan jest nie do zaakceptowania z uwagi na konieczność sprecy-
zowania wartości usługi, która podlega zwrotowi. Ponadto, w odniesieniu do ustalenia

36 W. Serda, *op. cit.*, s. 214 i n.

37 E. Łętowska, *Bezpodstarwane wzbogacenie*, Warszawa 2000, s. 132.

wartości rynkowej, może to okazać się w tym przypadku wręcz niemożliwe, bowiem wiązałoby się ze sztywną wyceną, niezależną od tego, jak wysoko wycenia swoje usługi zubożony. Sztywna wycena mogłaby prowadzić do zawyżenia wartości prywatnej usługi u jednego świadczeniodawcy lub do jej zaniżenia u drugiego, w zależności od ustalonych u nich cen. Wobec powyższego większą aprobatę mógłby uzyskać pogląd o konieczności zwrotu takiej wartości usługi, na jaką wycenia ją zubożony (tzn. wartość z cennika usług). Takie stanowisko popiera pogląd, iż w sytuacji, kiedy ogół okoliczności nie umożliwia pacjentowi skorzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, chcąc otrzymać stosowne świadczenie powinien skorzystać z konsultacji prywatnej, która posiada określoną w cenniku usług stawkę. Świadczeniobiorca oszczędza zatem koszt usługi udzielonej w ramach prywatnej konsultacji i to stanowi jego wzbogacenie, w przeciwnym razie musiałby pokryć koszt takiej usługi z własnych środków.

Prezentując argumenty przeciwne, należy zwrócić uwagę na cel działania chorego. Pacjent zmierza do otrzymania świadczenia finansowanego za pośrednictwem Funduszu: zainteresowany jest usługą, której kosztów nie będzie musiał pokrywać samodzielnie. To stanowisko może jednak osłabić pogląd, iż obecna konstrukcja przepisów pozwala na jedynie wyłudzenie świadczenia finansowanego z Funduszu. W prezentowanej sytuacji niemożliwe jest wyłudzenie usługi prywatnej. Dlatego też nie można stwierdzić jakiegokolwiek swobody wyboru spośród usług możliwych do otrzymania w takich okolicznościach. Celem działania pacjenta jest konsultacja medyczna, której realizacja, przy wystąpieniu opisanych na wstępie okoliczności, odbywa się ze środków publicznych. Analizując przedmiotową sytuację od strony zubożonego, wymaga ponownego podkreślenia, że świadczeniodawca działa pod wpływem błędu. Mając błędne wyobrażenie, wywołane postawą świadczeniobiorcy, przystępuje do udzielenia mu usługi, licząc, że NFZ pokryje jej koszt. W związku z tym świadczeniodawca oczekuje otrzymania zapłaty z Funduszu według schematu cen jednostkowych – i w takiej również wysokości następuje jego zubożenie. Z powodu niemożności zachowania procedury rozliczeniowej, przewidzianej dla świadczeń udzielonych w stanach wymagających ich natychmiastowego udzielenia, nie otrzyma oczekiwanej zapłaty, a zatem stawki niższej niż stawka dla konsultacji prywatnej. W opisywanym problemie zachodzi różnica między wartością wzbogacenia a wartością zubożenia. W pierwszym przypadku jest to wartość konsultacji prywatnej, natomiast w drugim przypadku jest to wartość świadczenia finansowanego przez Fundusz. Orzecznictwo twierdzi, że taka sytuacja jest jak najbardziej dopuszczalna, wskazując, że:

wartość bezpodstawnego wzbogacenia jest ograniczona dwiema wielkościami, a mianowicie wartością tego, co bez podstawy prawnej ubyło z majątku zubożonego, i wartością tego, co bez podstawy prawnej powiększyło majątek wzbogaconego.

Wartości te nie muszą być równe, a w wypadku nierówności niższa kwota określa wartość bezpodstawnego wzbogacenia³⁸.

Akceptując powyższe tezy na gruncie instytucji nienależnego świadczenia, należałoby przyjąć, że decydująca będzie wartość świadczenia udzielonego w ramach kontraktu z NFZ, bowiem jest ona niższa. Opowiedzenie się za jedną z wyżej prezentowanych opcji w głównej mierze powinno być jednak spowodowane celem, a raczej postrzegania funkcji instytucji bezpodstawnego wzbogacenia. Konstrukcja ta ma chronić uczestników obrotu prawnego przed nieuzasadnionymi przesunięciami majątkowymi. Celem jest zachowanie stanu równowagi, który miał miejsce przed wzbogaceniem jednej, a zużyciem drugiej strony. Argument ten wydaje się przesadzony, bowiem w przypadku zwrotu wartości porady prywatnej świadczeniodawca zostałby nadmiernie przysporzony, co kłóciłoby się z konstrukcją instytucji.

Podsumowanie

Powyższe rozważania pokazują, że system prawny przewiduje ochronę dla świadczeniodawcy, który może dochodzić zwrotu wartości nienależnego świadczenia. Mówiąc wprost, oznacza to, iż istnieje możliwość domagania się zapłaty za udzieloną usługę, pomimo tego, że Fundusz nie pokryje jej kosztów. Należy podkreślić, iż w prezentowanym zagadnieniu roszczenie takie kierowane byłoby do pacjenta, który mógł oczekiwać na udzielenie świadczenia, co jednak nie było rozpoznawalne *ex ante* od strony świadczeniodawcy.

Wykraczając poza dotychczasowe przemyślenia, istotne jest postawienie pytania o celowość dochodzenia roszczeń na tej drodze, w odniesieniu do racjonalności wykonywania działalności leczniczej. Tak jak zostało wspomniane, nie ma obecnie wątpliwości co do tego, że działalność lecznicza jest traktowana jako wykonywanie działalności gospodarczej. W związku z tym, jest ona wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły, a przede wszystkim – posiada charakter zarobkowy, co oznacza, że celem jej prowadzenia jest osiągnięcie zysku. Podmioty lecznicze czy też inne podmioty wykonujące działalność leczniczą dbają o zachowanie standardu świadczonych usług, co ma skutkować zdobyciem, utrzymaniem oraz powiększaniem grona klientów, jakimi są pacjenci. Z gospodarczego punktu widzenia, praktyka dochodzenia roszczeń, choć prawnie uzasadniona, może przynieść ekonomiczną klęskę. Obciążenie pacjenta kosztami w takiej sytuacji, choć słuszne, może spowodować, że nie pojawi się on już nigdy więcej w takiej placówce. O ile wątpliwości nie budzi obarczenie kosztami chorego, który intencjonalnie zmierzał do wyłudzenia świadczenia, o tyle wątpliwości te pojawiają się przy pacjencie, który

38 Wyrok IV CKN 892/00.

miałby ponieść koszt porady, z powodu subiektywnej złej kondycji. Poczucie krzywdy niewątpliwie zostałyby wywołane faktem, iż pomimo uprawnienia do korzystania z bezpłatnego systemu opieki zdrowotnej i uczestniczenia w tworzeniu zasobów, z których jest budowany, musi dodatkowo płacić z powodu jego niewydolności finansowej i nieścisłości konstrukcyjnych. Ponadto, niezadowolenie jednego pacjenta może powiększyć grono innych, którzy nie skorzystają z usług placówki. Negatywne informacje szybko rozprzestrzeniają się w społeczeństwie i mogą budować niekorzystny obraz świadczeniodawcy, co przełoży się w przyszłości na jego zyski.

Konstrukcja systemu opieki zdrowotnej posiada szereg mankamentów, a zaprezentowane zagadnienie jest tylko jednym z nich. Niestety, problem ten jest na tyle duży, że w rozliczeniu rocznym straty poszczególnych świadczeniodawców mogą sięgać dziesiątek tysięcy złotych. Nie ulega wątpliwości, że choć istnieją odpowiednie instytucje prawne pozwalające na ochronę świadczeniodawcy, to nie będą one wydajne. Nienależne świadczenia udzielane są wielu pacjentom, a ich pojedyncza wartość nie jest wielka. Problem powstaje dopiero po zsumowaniu wartości wszystkich udzielonych w ten sposób świadczeń. Mamy do czynienia z dużą stratą finansową, która powstała przez działania na rzecz ogromnej liczby świadczeniobiorców. Ciężko sobie wyobrazić sytuację, w której świadczeniodawca przygotowuje liczbę pozwów proporcjonalną do liczby pacjentów, którzy nie chcieli zapłacić za świadczenia, które im się nie należały.

Wyciągając ostateczny wniosek, należy stwierdzić, że choć świadczeniodawca w prezentowanej sytuacji posiada ochronę prawną, to jest to ochrona tylko iluzoryczna.

SUMMARY

Contractual limit of medical benefits financed from public funds. Patient's unjust enrichment

The paper describes the behavior of a patient who in order to obtain medical benefits simulates symptoms which, according to special medical knowledge could be recognised as a threat to life or health. The main problem arises when despite the fact that the limits of medical benefits financed from the public funds have run short, a medical doctor, wishing to fulfil his statutory duty, decides to render medical assistance to such patient. Whether that assistance was really indispensable can only be determined after the patient has been thoroughly examined. It may then be too late, though, and the doctor may face serious difficulty in being reimbursed by the National Health Fund, or, if there was no actual threat to patient's life or health, such compensation for rendered service becomes out of reach. The author analyses the abovementioned situation from the civil law point of view.

KEYWORDS: contractual limit of medical benefits, unjust enrichment, civil law

